



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – PIBIC

**O ESTUDO DO CONCEITO DE SINTOMA EM FREUD: COMO A PSICANÁLISE SE
DESTACA DE OUTRAS PRÁTICAS.**

Psicanálise, Ciência e Cultura Contemporânea.

Área do conhecimento: Psicologia
Subárea do conhecimento: Tratamento e prevenção psicológica
Especialidade do conhecimento: Intervenção terapêutica

Relatório Final
Período da bolsa: de agosto de 2018 a julho de 2019

Este projeto é desenvolvido com bolsa de iniciação científica

Orientador: Prof. Dr. Daniel Menezes Coelho
Autora: Bárbara Santos Andrade Nascimento

RESUMO

A Psicanálise possui regras básicas que a diferencia de saberes médicos e psicopatológicos. Sua escuta analítica, não preocupada com a chegada a um diagnóstico e descomprometida com projetos normatizadores, a coloca em uma discussão ética e política sobre o seu papel na cultura. Uma das bases do seu conhecimento que possibilita à Psicanálise esse lugar de experimento ético-político é o conceito de sintoma. Tal conceito possuiu uma longa construção que permitiu uma compreensão diferente da estruturação e entaves da subjetividade possibilitando uma escuta sensível do sofrimento humano. Partindo de textos clássicos da teoria e englobando publicações entre 1895 e 1926, este trabalho se propõe a responder qual é o entendimento do conceito de sintoma que torna a Psicanálise diferente das outras práticas de cuidado em saúde mental. Dividindo a teoria freudiana em 6 eixos, apontamos quais mudanças e justificativas das alterações a respeito dos sintomas de acordo com os achados clínicos de Freud, alertando sobre a nocividade da vontade de curar por parte dos profissionais. A partir dos achados da presente pesquisa, ao considerarmos os sintomas não apenas como uma manifestação de sofrimento mas também como algo que resiste, podemos afirmar que ele é uma resistência à própria morte, e assim, tem um caráter de potência para vida se nos dispusermos a entendê-los na sua complexidade constitutiva. Constatou-se ainda, que a ansiedade e o desamparo aparecem no final da teoria freudiana como grandes contribuintes na produção de sintomas. Admitindo que nossa relação com o outro é estruturante para o Eu, estudar o desamparo mostra-se como um caminho possível para melhor compreensão do surgimento de patologias onde a falta desse outro se verifica como ponto de partida para formação dos sintomas. Por fim, debatemos em como o trabalho analítico deve ser estratégico para que se promovam rupturas nas formas hegemônicas de subjetividades para que outras formas de existências sejam possíveis.

Palavras-chave: Sintoma; Psicanálise; Cultura; Subjetividades; Psicoterapia.

ABSTRACT

Psychoanalysis has its own basic rules that differentiate it from medical and psychopathological knowledge. For the analytical listening, there is not a concern about the diagnosis and with a normalization project, which puts this area in a political and ethical discourse around its function in the civilization. One of the bases of its knowledge that enables psychoanalysis being in this place of an ethical-political experiment is the concept of symptom. Such a concept went through a long construction that allows it a different comprehension from the structure and impasses of subjectivity, enabling a sensitive listening of human suffering. Starting from classical texts from the theory and encompassing publications between 1895 and 1926, this study intends to answer what is the understanding of the concept of symptom, which makes psychoanalysis apart from the other mental health practices. Dividing the Freudian theory into six axes, we can point out which changes and justifications of the modifications about the symptoms, according to clinical findings of Freud, make it possible to alert about the harmfulness of the will to heal of the professionals. In this study, we consider the symptoms not only as a manifestation of suffering, but also as something that resists. Therefore, we can affirm that it is a resistance against the death itself and thus, the symptom has a feature of potency for life, if we dispose ourselves to understand it, in its own constitutive complexity. At the end of the Freudian theory, anxiety and abandonment appear as large contributors to the production of the symptoms. For this reason and admitting that our relationship with others is the foundation for the Ego, studying abandonment comes up as a way to a better understanding of the emergence of pathologies, in which this lack of the other shows up as a starting point to the formation of symptoms. Finally, we discuss how the analytical work must be strategic, promoting disruptions in the hegemonic forms of subjectivity, so other forms of existence may be possible, as well.

Keywords: Symptom; Psychoanalysis; Culture; Subjectivity; Psychotherapy

Sumário

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVOS	8
3	METODOLOGIA.....	9
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	10
4.1	MOMENTO PRÉ-PSICANALÍTICO.....	10
4.2	GOZAR COM OS SINTOMAS.....	13
4.3	O TRAUMA: A MOEDA DO REAL E DA FANTASIA.....	17
4.4	A REALIDADE DA FANTASIA	20
4.5	A MORTE: UM PRAZER?	26
4.6.	A ANGÚSTIA PROTETORA	31
5	CONCLUSÕES	36
6	PERSPECTIVAS DE FUTUROS TRABALHOS	39
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
8.	OUTRAS ATIVIDADES.....	43

1 INTRODUÇÃO

O modo como uma prática é definida nos cuidados de saúde encontra base nos conhecimentos descobertos ao longo dos anos pelo mundo científico. Nisto, a Psicanálise não ficou de fora. Ela foi criada por Sigmund Freud no final do séc. XIX através das suas experiências clínicas, fazendo com que a teoria fosse aperfeiçoada e inovada de acordo com seus achados. Pelo fato de ser criada a partir do ponto em que era possível chegar com os pacientes, vários conceitos da psicanálise apresentam uma evolução durante sua obra, e um destes conceitos é o ‘sintoma’.

A partir dos estudos do desenvolvimento deste conceito, podemos alcançar as mudanças da própria Psicanálise, e assim, do que se entendia como a prática analítica a ser desempenhada. Ou seja, acreditamos que uma forma de estudar a teoria e a prática psicanalítica pode se dar a partir do entendimento dos sintomas.

Considerando que as práticas de cuidado em saúde são norteadas pelo conhecimento construído dentro das academias, uma questão que se coloca é que tais práticas estão se aproximando cada vez mais de noções biológicas e positivistas na busca de garantir seu estatuto de ciência. O efeito é que disciplinas *psi* podem se afastar de ideias que consideram alguns aspectos subjetivos dos sujeitos e que deveriam entrar em análise durante o próprio processo de se pensar em uma prática de cuidado com a pessoa que está em sofrimento. Acreditamos que a psicanálise, por conta de especificidades de sua teoria, se diferencia de algumas práticas de cuidado.

Em obras como “Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais”, importante manual para os estudos de psiquiatria, é definida a diferença entre signos e sintomas, de forma que o autor afirma que os signos possuem mais interesse para a psicopatologia. A defesa é que por serem sinais objetivos e verificáveis permitem uma observação direta dos sujeitos, enquanto os sintomas são resumidos em “*vivências subjetivas relatadas pelos pacientes*” (DALGALARRONDO, 2008, p.24).

Em outro material a discussão parece ser inicialmente ampliada quando os autores defendem que, na psiquiatria, o diagnóstico deve ser apoiado na impressão do médico a respeito da interpretação do paciente em relação aos seus sentimentos e pensamentos para que seus sintomas sejam cruzados com as referências indicadas no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e *Classificação Internacional de Doenças* (CID). O que parecia ser

uma abertura do campo, esbarra no argumento posterior utilizado pelos autores de que, sendo o cérebro o foco das doenças mentais, a “ambição” deve ser a construção de uma “*classificação de pacientes com doenças mentais diretamente a partir de nosso entendimento de biologia, em vez de apenas pela avaliação dos sintomas de um paciente*” (grifo nosso) (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017, p.1)

Ao falar sobre o fato do ‘doente’ não poder ignorar que será escutado por um discurso médico Clavreul (1983) afirma:

O médico não espera que o doente raciocine. Ele fala, sem dúvida, mas não pode saber o que diz. Pois o que diz dos seus sintomas só toma sentido no discurso médico, e deste ponto de vista o que diz seu corpo é mais seguro do que o que diz sua voz. Os ‘sinais clínicos’ comportam os sinais físicos (e os sinais paraclínicos), mas a sintomatologia ‘subjativa’ é suspeita. (CLAVREUL, 1983, p.155).

Observamos assim, uma definição e diferenciação que marginaliza as discussões sobre os sintomas. Enquanto isso, a psicanálise vai definir o sintoma como imprescindível, pois estabelece uma comunicação sobre algo do próprio sofrimento que se relaciona com a história do sujeito. Assim questionamos: Qual o entendimento de sintoma para a Psicanálise que a torna diferente das outras práticas de cuidado em saúde mental no que concerne à possibilidade do sujeito de resistir?

Para tanto, retornamos aos textos de Freud para entender por que o austríaco defendia que os sintomas possuíam um sentido que estava ligado à história de vida dos sujeitos.

Também realizamos o Estado da Arte sobre o tema através de uma busca sistemática nas bases de dados Scielo e Pepsic no mês de dezembro de 2018. Os descritores utilizados foram SINTOMAS *and* FREUD. Encontramos 59 resultados nas bases Scielo (14) e Pepsic (45). Foram selecionados 03 trabalhos da primeira base e 06 da segunda, totalizando assim, 09 artigos que foram publicados entre 2002 e 2016. Apenas 1 artigo apareceu indexado nas duas plataformas. O critério de inclusão foi a observação se o artigo trataria da questão e/ou entendimento do conceito de sintoma em qualquer momento da obra do psicanalista.

Destes 9 artigos, 1 relaciona o sintoma com a concepção de origem (CANAVÊZ; HERZOG, 2007), 1 trata da relação entre sintoma e trauma (BESSET et al., 2006), 1 apresenta a relação do sintoma com o corpo (CURI; DIAS, 2014), 1 procura pensar sobre sintoma, infância e relações parentais (BOLSSON; CRUZ BENETTI, 2016), 2 com a noção mais estrita aos sintomas (NEVES et al., 201; VENTURINI, 2007) e 3 tratam dos sintomas refletindo em

aspectos sociais (CALZAVARA,2013; LINDENMEYER, 2015; VANIER, 2002;). Apenas 1 artigo (CANAVÊZ ; HERZOG, 2007) fez um acompanhamento do desenvolvimento do conceito, porém ainda esteve ausente a discussão primordial que Freud realiza em “*Inibição, sintoma e angústia*” (1926a) considerando os novos elementos apresentados na 2ª tópica. Assim, buscaremos trazer mais esclarecimentos sobre esse segundo momento da teoria freudiana e uma maior consideração do texto de 1926.

Vanier (2002) e Bolsson e Cruz Benetti (2016) apontam a existência de 4 grandes momentos na obra de a respeito do conceito: 1-sentido sexual;2-o trauma; 3-a fantasia e 4-a angústia.

Mas defendemos que existem seis momentos, acrescentamos mais dois. Um deles se refere ao primeiro momento, sobre a história e vivência de Freud com seus mestres Charcot e Bernheim quando eles lidavam com a histeria, anterior à toda a primeira tópica freudiana. E o outro consideramos toda a produção de Freud durante a mudança de tópicos com a inauguração do conceito de pulsão de morte.

1.1 ESTADO DA ARTE DO CONCEITO DE SINTOMA NA OBRA DE FREUD

Foi através dos sintomas das histéricas, ao lado de Charcot e Breuer, que Freud começou seus estudos que culminaram no desenvolvimento da teoria psicanalítica.

Com a explicação do sentido dos sintomas estando relacionada à história vivida dos sujeitos e não mais em causas fisiológicas, Freud passará a apostar na escuta, que levaria à etiologia dos sintomas patológicos. A noção da busca pela origem, aqui, era evidente, segundo Canavêz e Herzog (2007), mas as autoras defendem que a noção dessa busca seria enfraquecida já que a causalidade dos sintomas perderia o vigor ao longo do desenvolvimento da teoria psicanalítica. O interesse não será mais pela ordem do sentido, mas pelo “*registro da compreensão que esta ordem implica.*” (CANAVÊZ; HERZOG, 2007, p.114).

Na primeira tópica os autores apontam que os sintomas se definem como um novo modo de satisfazer a libido e que indicam a existência de um conflito entre forças sexuais e uma instância recalcadora (BESSET et al., 2006; CALZAVARA, 2013; CURI; DIAS,2014; VENTURINI, S., 2007). Freud se valia de uma visão quantitativa do funcionamento psíquico

(BESSET et al., 2006). Havia uma compreensão de que esses conteúdos distorcidos seriam decifrados e assim os sintomas desapareceriam (CALZAVARA, 2013; CURI; DIAS, 2014; VENTURINI, 2007). A noção de causalidade pelo trauma também aparece neste primeiro momento da obra freudiana como uma forma do sujeito se relacionar/recordar/atualizar o seu trauma (BESSET et al., 2006). Nesta época, Freud também descobria a ideia de uma superposição de sentidos que apareceriam ligados à formação dos sintomas, que passou a ser entendido como sendo sobredeterminados (CANAVÊZ; HERZOG, 2007).

Uma importante noção marca um primeiro aprimoramento na concepção de sintoma e reforçará sua ideia de sobredeterminação: a noção de fantasia e sua importância na formação sintomática. Esta noção aponta para o fato de que haveria uma logicidade na formação dos sintomas, um começo organizado e estruturado pela fantasia e que teria alguns fatores envolvidos que mereciam atenção além da etiologia sexual. (CANAVÊZ; HERZOG, 2007).

O sintoma na obra freudiana passa a ser entendido como uma satisfação pulsional, mas Freud trabalhará na sua 2ª tópica o fato de que além de uma satisfação, há um sofrimento envolvido além desta satisfação. De ser não apenas o retorno do recaiado, mas também um lugar de satisfação mórbida (CURI; DIAS, 2014; NEVES *et al.*, 2013).

Assim, Vanier (2002) e Bolsson e Cruz Benetti (2016) irão apontar que a origem dos sintomas, na Psicanálise, passará pelas noções de um conteúdo que foi recaiado por um teor de natureza sexual e chegará à concepção de uma defesa contra a angústia, passando pela noção de trauma e fantasia. É na 2ª tópica que a insistência e a constância dos sintomas irão revelar algo da ordem da pulsão que deve ser entendida como o retorno do recaiado e em 1920 aparece o problema da resistência ao tratamento e a angústia, que também surge na consideração dos sintomas. (BOLSSON; CALZAVARA, 2013; CRUZ BENETTI, 2016; CURI; DIAS, 2014).

2 OBJETIVOS

Nossa proposta é responder à pergunta: “Qual o entendimento de sintoma para a Psicanálise que a torna diferente das outras práticas de cuidado em saúde mental no que concerne à possibilidade do sujeito de resistir?”.

Através do estudo de alguns dos textos de Freud publicados ao longo de mais de 40 anos, tentaremos refletir sobre o que a teoria psicanalítica entende por *sintoma*, sua formação e método de tratamento¹ no cuidado com a saúde mental. O interesse é identificar quais as mudanças no conceito de sintoma e as justificativas destas evoluções, buscando pontuar novas formas de pensar os modos de produção de subjetivação e de tratamento para com os sujeitos em sofrimento psíquico.

Nossa hipótese é que a Psicanálise se diferencia das demais práticas por não enxergar nos sintomas algo a ser suprimido como se ele não exercesse uma função para o sujeito. Com isto se abriria a possibilidade de novas formas de subjetividade emergirem no processo terapêutico.

Com este trabalho procuraremos também uma maior inserção do texto “Inibição, sintoma e angústia” (1926) nos estudos sobre os sintomas, pois foi verificado que dos 9 artigos encontrados na revisão, apenas 2 (BOLSSON; CALZAVARA, 2013; CRUZ BENETTI, 2016) se valeram da obra nos seus estudos, mas de forma tangencial. Consideramos um texto de importância para o entendimento do funcionamento dos sintomas porque é nele que Freud irá articular este conceito ao de angústia que começa a aparecer a partir de 1920.

¹ Aqui consideramos “tratamento” como modo de receber; acolhimento; recepção. (HOUAISS; VILLAR, 2009)

3 METODOLOGIA

Dividimos a obra de Freud em eixos, afim de contemplarmos os vários momentos em que a noção de sintoma ganha novos entendimentos durante o desenvolvimento da teoria psicanalítica. Acreditamos que assim, também podemos construir um encadeamento lógico para a compreensão da noção de sintomas e as mudanças que no construto. Seccionamos o texto em 6 partes: 1) o momento anterior à própria psicanálise; 2) a noção da sexualidade, 3) os traumas, 4) as fantasias, 5) pulsão de morte e 6) a angústia.

Para o primeiro momento buscamos introduzir os aspectos que levaram Freud a formular sua teoria do estatuto dinâmico - que ficou conhecida como primeira tópica - em detrimento do uso do método catártico.

No segundo momento abordaremos a noção que aproxima a questão da sexualidade à formação dos sintomas. Para isto, nos valaremos de textos entre 1895 e 1911, passando pelo importante texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905).

No terceiro e quarto momento resgataremos a noção de trauma e introduziremos a discussão que Freud faz a respeito da importância de considerar a fantasia para compreender a formação dos sintomas. Para tal faremos um panorama geral do que aparece sobre estas questões a respeito dos sintomas em textos que vão de 1895 a 1917. Aqui, apenas algumas considerações importantes serão apontadas, pois para dar conta da complexidade deste tópico, precisaríamos de um trabalho restrito a este tema, o que não é o objetivo desta pesquisa.

No quinto e sexto trataremos da consideração da pulsão de morte e o papel angústia na formação dos sintomas, tema que foi pouco abordado nos artigos pesquisados. Acreditamos ser uma discussão indispensável pois explicam algumas resistências encontradas durante processos terapêuticos. Aqui partiremos do texto “Além do princípio do prazer” (1920), e chegaremos em “Sintoma, Inibição e Angústia” (1926).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 MOMENTO PRÉ-PSICANALÍTICO

A histeria era um desafio para os médicos do século XIX. Se tratava de uma doença que não apresentava causa fisiopatológica. Freud já se interessava pela histeria quando em 1885 viaja para Paris assistir aos cursos de Jean Martin Charcot no hospital Salpêtrière, que eram espetáculos públicos demonstrando que poderia sugerir aparição de sintomas, defendendo assim, que os sintomas histéricos eram autossugestões. Quando retorna à Viena depois de ter recebido influências charcotianas, Freud encontra Breuer e juntos trabalham com a hipnose como método de tratamento. Ele rompe com a ideia de hereditariedade de Charcot, e juntamente com Breuer publica Estudos sobre a Histeria (1893-1895).

No texto “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos” (1893b), em que Freud fala sobre o método da hipnose, ele já afirma: “*O histérico sofre sobretudo de reminiscências*”² (FREUD, 1893b, p.22). O texto, escrito em parceria com Breuer, afirma que a histeria contribuiu com aporte teórico e prático para os estudos destes tipos de patologia, podendo se afirmar que diferentes sintomas tinham ligações com traumas ocasionadores, sendo estes, determinantes para a patologia da histeria. Estes traumas, segundo os autores, muitas vezes apareciam ligados à acontecimentos de infância, e a patologia e sintomas gerados por eles desapareciam - de imediato e sem retorno – quando se conseguia fazer com que o paciente lembrasse o que aconteceu e recobrasse o afeto que acompanhara a experiência.

À medida que Breuer e Freud buscavam a patogênese dos sintomas, ficava cada vez mais claro que eles desapareciam quando algo era lembrado através da hipnose, mostrando que havia alguma relação entre os sintomas e situações vividas. Somado a isto, nos histéricos e neuróticos havia uma fixação, um apego anormal a estas situações do passado (FREUD, 1910, p.175). Os doentes sofriam pelo fato dessas lembranças continuarem atuando neles com todo vigor, mesmo com o passar dos anos em que ocorrera o trauma.

Na segunda parte do texto (1893b) busca-se entender o que ocasionaria apenas algumas lembranças não serem ‘desgastadas’ com o passar do tempo. Segundo Freud, o que entraria em jogo seria se ocorreu ou não uma reação enérgica em relação ao evento afetador. Sendo assim,

² Esta afirmação é defendida quase 2 décadas mais tarde no texto “Cinco lições de psicanálise” e se justifica a cada explicação de Freud sobre a questão da repressão na etiologia dos sintomas.

quando há uma reação em proporção suficiente (que pode aparecer por reações com atos, pelo choro, palavras, etc.), o afeto desaparece em grande parte. Mas se ocorrer da reação ser suprimida, o afeto que não foi desgastado permanecerá ligado à lembrança. O autor, neste ponto, não abriu uma discussão no texto sobre as vivências infantis e as produções de traumas, mas esta noção irá acompanhar o pensamento sobre a formação do sintoma por toda a obra, se levarmos em conta o papel da angústia que abordaremos no último tópico deste trabalho.

Assim Freud já apontava não apenas para o fato das lembranças e o trauma entrarem em jogo na compreensão dos sintomas, mas também a falta de lembrança que possuía ligação com esta formação e poderia ser acessada pela hipnose:

Mas devemos mencionar, como outro fato notável e que mais tarde aproveitaremos, que os doentes não dispõem dessas lembranças como de outras de sua vida. Pelo contrário, essas vivências faltam por completo na memória dos doentes em seu estado psíquico habitual ou lá estão presentes apenas de forma bastante sumária. Somente quando eles são interrogados na hipnose essas lembranças aparecem com a vividez intocada de acontecimentos frescos. (FREUD, 1893b, p.24)

Importante ressaltar o que Freud chama de ‘acontecimentos frescos’. Assim nomeia para enfatizar que essas lembranças que ocasionaram o surgimento de algo “patológico”, conservam o afeto que foi despertado quando elas aconteceram, e assim ocorre pelo fato de não ter havido uma reação que desgastasse esse afeto.

Em resumo, nessa época em que Freud estava lidando com os casos de histeria e os fatores que pareciam estar envolvidos na doença, ele entende as manifestações patológicas como a expressão de uma reação que antes foi suprimida, intimamente ligadas às lembranças e traumas de temas sexuais. Para lidar com os sintomas como consequência de algo que foi impedido de ser abreagido, Freud se utilizava do método hipnótico, e é no final do “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos” (1893b), mais precisamente na parte V, que Freud irá afirmar que este método terá efeito curativo por anular a efetividade de uma ideia que inicialmente não teve uma reação que desgastasse o afeto que ela causara (FREUD, 1893b, p.33).

Mas em Psicoterapia da Histeria (1895) Freud começou a questionar a hipnose. Ele afirma que os trabalhos desenvolvidos com a histeria deixavam claro que havia uma ligação entre os sintomas e lembranças acessadas pela hipnose, mas algumas limitações eram encontradas. A hipnose parecia não eliminar as causas subjacentes da histeria, o que indicava que novos sintomas poderiam surgir no lugar dos que se pensava ter banido e, além disto, nem todas

as pessoas eram hipnotizáveis. Entretanto, Freud demarcava que estes obstáculos residiam nas circunstâncias pessoais dos pacientes e não se deviam às questões específicas da teoria.

Vemos então, na segunda parte do mesmo texto, Freud discutir a ideia de que era obrigado a desistir de tratar pacientes que não eram hipnotizáveis, ressaltando a suposição de que estas pessoas faziam uma objeção psíquica à hipnose. E que haveria outro caminho de se chegar nessas lembranças, que ajudaria a recuar cada vez mais a um passado, sem necessariamente se valer do método da hipnose: seria através concentração.

Essa ideia de objeção trazia como resultado a ideia de resistência. Uma força que impossibilitava que uma representação patogênica se tornasse consciente, já que essas representações traziam a natureza aflitiva como aspecto universal. Logo, Freud afirma que o trabalho do analista seria o de superar uma resistência. Ideia que Freud trabalhará na sua 1ª tópica e poderá ser compreendida como um trabalho para superar a mesma força psíquica que havia contribuído para a geração dos sintomas (FREUD, 1898, p.280). Com o entendimento dessa natureza aflitiva desde o início do pensamento freudiano, isso parece ser retomado em uma correlação que Freud trabalha mais profundamente na sua 2ª tópica entre defesa, sintoma e angústia, e que abordaremos posteriormente neste trabalho.

Com “Psicoterapia da Histeria” (1895) a formação dos sintomas também aparece intimamente ligada com as lembranças. Freud afirma que durante a análise emergem pensamentos que o paciente nega recordar como sendo seus, e é essa objeção que geralmente está ligada à formação dos sintomas, e sua interpretação, à eliminação deles (FREUD, 1895, p.287). Este entendimento trazido pelo método catártico de que histeria guardava um recalamento produzido por uma objeção, prosseguirá na sua 1ª tópica.

Importante ainda ressaltar que para Freud a organização do material psíquico patogênico não tem apenas um núcleo central ao qual se deveria chegar, seriam conjuntos de representações. A ideia de sobredeterminação é encontrada na sua obra desde o início (FREUD, 1895)

A carta 69 endereçada a Fliess em 1897, que Masson intitulou como ‘A teoria transformada’ apresenta um marco na teoria freudiana. Nela Freud escreve: “*Não acredito mais em minha neurótica*”. (FREUD, 1897, p.265). Freud estava se referindo à teoria das neuroses e o austríaco parece preocupado em definir algo em torno do que seria a teoria do recalque e as forças envolvidas na sua dinâmica, além de introduzir a importância do papel da fantasia para compreensão da formação dos sintomas.

Isto porque a carta traz a noção de que o inconsciente não faz distinção entre realidade e fantasia, de modo que começava a ficar insustentável defender que todas as pessoas doentes teriam sofrido um trauma sexual. Freud defende que para insistir nesta ideia, seria preciso admitir que os pais seriam pervertidos em todos os casos, o que era infactível. Algo da ordem da fantasia mantinha o tema dos pais. O importante ponto a ser destacado é a afirmação de Freud de que se o Inconsciente jamais supera a resistência da CS, é de se esperar que a CS também não domine o ICS. Aqui fica claro que neste momento, há uma preocupação do autor em entender a dinâmica que estaria ocorrendo entre tais instâncias.

Com a ideia apontada na carta de que a fantasia sexual está diretamente ligada ao tema dos pais, o método hipnótico contestado³, e com a preocupação de que até então não foi atingida uma compreensão teórica dos processos de recalque e seu jogo de forças, Freud estava prestes a iniciar o estatuto dinâmico, ou sua primeira tópica. Que nos ajudará a ter a compreensão da evolução do que Freud entendia por sintoma. A começar pela noção de que a sexualidade parecia ligada aos sintomas e que participava da dinâmica do que acontecia no recalque.

4.2 GOZAR COM OS SINTOMAS

Freud já havia começado a realizar algumas reformulações sobre o método hipnótico quando no texto *Psicoterapia da Histeria* (1895a) ele traz algumas noções que continuam a abrir espaço para a consideração de fatores de natureza sexual e a indicação da importância da época da infância dos pacientes.

O austríaco afirma que através do método de Breuer foi obrigado a reconhecer que forças sexuais estavam envolvidas na etiologia das neuroses (FREUD, 1895a, p.273) e que ficava clara a noção de que os sintomas se mostravam como resíduos e símbolos mnêmicos de vivências traumáticas. A experiência também já havia mostrado que as lembranças haviam sido esquecidas por trazerem algo de natureza aflitiva para o sujeito. Muitas delas tinham o tema da sexualidade no seu conteúdo, o que possivelmente teria causado um desprazer. Se evidenciava então que

³Freud mostrou um rompimento definitivo com o método hipnótico e chegou a firmar em 1910 que desgostou do método que se mostrava caprichoso e místico.

havia uma ligação entre esses esquecimentos e o conteúdo da sexualidade, e um desprazer; pontos que começaram a ser pensados antes da formulação da sua primeira tópica.

Refletindo de forma bastante direta sobre a questão da infância e do que ele chamou de “*recordações fragmentárias dos primeiros anos de infâncias*”, em 1899, Freud escreve então “Lembranças Encobridoras” (1899) que irá nos ajudar a entender o processo de formação dos sintomas no que se refere às ligações simbólicas. O que se faz, neste momento, é um movimento para entender como os afetos/desejos que não eram aceitos pelo sujeito poderiam participar na dinâmica da formação dos sintomas. Freud partia do próprio material clínico do qual dispunha para entender funcionamento que se apresentava na formação dos sintomas e a ligação com os esquecimentos.

Os sintomas possuíam estreita ligação com representações patológicas fruto das vivências traumáticas infantis. Eles se mostravam como resíduos carregados de afetos e ligados a um trauma psíquico que se explicaria, portanto, através da sua relação com uma cena traumática. Dessa forma, o psicanalista afirmava que os sintomas seriam determinados por essas cenas (FREUD, 1910). Mais uma vez Freud reafirma sua descoberta que na memória incompleta, por conta da ação de um recalque, o que faltava eram as partes importantes e não as irrelevantes. E essa parte que faltava, era exatamente a que explicaria a formação que se colocava no seu lugar, e através do esclarecimento destes fatores, é que se suspenderia a formação patológica.

Na primeira tópica Freud afirmará que o que se observa na dinâmica das lembranças e dos sonhos, é o mesmo que podemos observar na formação de sintomas. O sintoma aparece como uma conciliação, como uma formação substitutiva.⁴ Se envia ao consciente uma formação substitutiva do conteúdo que antes não era aceito e que agora encontra-se deformado (pelas forças defensivas do Eu) e irreconhecível, mas que a ele se ligam nossos desejos que foram reprimidos por despertar desprazer. Interessante notar que o sintoma carrega essa característica de desprazer, mesmo sendo um substitutivo em busca de uma descarga de tensão.

Assim os sintomas aparecem como uma conciliação entre 2 forças em jogo: uma querendo que a experiência tenha um motivo para ser lembrada e outra força (a resistência) que luta para que não haja nenhuma preferência desta ordem. Nessa luta de forças o que é registrado é um elemento que é intimamente associado ao que teria sido inicialmente passível de objeção. Logo,

⁴ Freud trata formação substitutiva e sintomas como sinônimos.

se observa que houve a criação de uma lembrança substituta por conta desta conciliação. Os sintomas seriam assim produto de algo que se negou a ser reprimido e que através de uma representação, através de um substituto, retornam de forma patológica (FREUD, 1899). A ideia de sintoma como formação substitutiva inconsciente e como formação de compromisso, se sustenta ao longo da obra de Freud.

Mas como lidar com sintomas que remontavam à épocas tão passadas? A ligação entre os afetos, infância, lembranças e os sintomas estava cada vez mais evidente para Freud no início da sua teoria. Sobretudo em relação à questão com vivências traumáticas, como abordado anteriormente, em “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos” (1893b), na qual Freud defende que os sintomas possuem ligações com traumas ocasionadores sendo que, sua lembrança age como corpo estranho e atua como se o trauma fosse um acontecimento presente⁵.

Uma forma de lidar com os sintomas seria portanto pela rememoração, atingida através da catarse. Na década subsequente, mais precisamente em 1905, Freud reflete sobre esse ponto de discussão de como a Medicina tratava a questão da vida psíquica em seus estudos, diferenciando assim a psicanálise de outras práticas, mas também considerando as limitações do método hipnótico. Freud começa a tratar dos motivos que o fazia se afastar deste método.

Freud começa seu texto “Tratamento psíquico (ou anímico)” (1905b)⁶ dando significado aos termos utilizados no título para defender que tal tratamento anínimico deve ser entendido como um tratamento que atua sobre o que é anímico no ser humano (FREUD, 1905b). Nesse contexto, Freud aponta um fator importante: o fato de que a Medicina se afastou das discussões da filosofia da natureza e através das ciências naturais alcançou um desenvolvimento até então não atingido, dando assim, primazia a este campo.

A desconsideração do efeito do anímico sobre o corpo incidia então na forma como os médicos passariam a tratar seus pacientes. Em Cinco lições de psicanálise (1910), por exemplo, Freud afirma que os casos de histeria eram privados da empatia dos médicos pois eram tratadas apenas como simuladoras. Um dos pontos que Freud vai defender neste texto é que uma das formas de influência sobre o anímico seria pelo uso das palavras, pois elas poderiam eliminar

⁵ Esta ideia retorna em 1926 quando Freud precisa considerar as relações entre Eu, Isso e SuperEu e os sintomas onde a luta contra o instinto prossegue na luta contra o sintoma.

⁶ Este texto começou a ser escrito por Freud em 1890, mas finalizado apenas em 1905. Por conta deste fator, algumas noções trazidas neste texto repetem algumas afirmações feitas nas publicações entre esses dois tempos. Como a ideia de abandono da hipnose, o aparecimento dos afetos na discussão e a prática médica como tratamento dos sintomas.

sintomas patológicos e principalmente os que estavam baseados no estado psíquico (FREUD, 1905b, p.182). Ele já estava levando o leitor para discutir o abandono do uso do método catártico para o tratamento das patologias em detrimento da associação livre de ideias.

No texto “Sobre a psicoterapia” (1905c) Freud faz uma discussão sobre a prática analítica com o objetivo de justificar porque a esta prática é o seu novo método. A analítica é apresentada por Freud como mais penetrante e que consegue uma transformação mais ampla do ‘doente’. Nesta obra afirma que há pelo menos 6 anos não recorre ao método hipnótico para fins terapêuticos, salvo algumas experiências isoladas (FREUD, 1905). Afirma que se abandonou a hipnose foi porque não havia como tornar a *sugestão* forte o suficiente para promover uma cura permanente.

Indo mais profundamente, Freud publica o famoso texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905) é o texto no qual trabalha estas questões da sexualidade. Neles podemos observar muito marcadamente ideias de sintoma a partir deste fator, mas que encontramos que a ideia de que o sintoma poderia ser um substituto de uma energia que buscava uma descarga, que tipo de energia seria esta? Ao que estavam ligadas estas lembranças que a hipnose tentava recuperar? Temas sexuais. Neste texto, Freud aponta que no estudo das perversões foi descoberto que o instinto sexual além de ser o único constante e a importante fonte de energia das neuroses, também luta contra certas forças psíquicas que agem como resistências.

O primeiro ponto de análise entre sintoma e sexualidade é quando Freud afirma que “*Os sintomas são a atividade sexual dos doentes*” (FREUD, 1905a, p.60). A vida sexual das pessoas então se manifestaria pela via dos sintomas, ou seja, esta era uma forma de entender os sintomas a partir da consideração do aspecto sexual na sua formação.

Com a pressão do instinto sexual e a rejeição da sexualidade se produz uma enfermidade que não resolve o conflito e procura escapar dele pela conciliação. Esta noção Freud expõe no texto “Lembranças Encobridoras” (1899). Os sintomas seriam um substituto de uma série de processos psíquicos investidos de afetos que por conta de uma repressão não encontrou uma resolução, e assim que ocorreria uma transformação dos impulsos libidinais em sintomas. Desta forma se evidencia então um mecanismo que tem na sua base o instinto sexual e a busca da descarga. A procura de um prazer e de uma satisfação que produz conciliações para que o sintoma agisse como um substituto. Fica clara a noção de que na primeira tópica há uma

consideração que a psique humana procuraria obtenção de prazer, que funcionaria a partir deste princípio.

A psique busca atingir prazer ou suspender uma produção de desprazer. De modo que a formação de compromisso se dava para realizar essa conciliação do conflito que causava tensão ao sujeito. Para refletirmos sobre esta questão, Freud considera então o princípio do prazer e o da realidade.

Discutindo sobre a luta conflituosa entre a consciência e o instinto sexual, um ponto importante aparece em “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)” (1911a) quando Freud está tratando de neuroses. Ele afirma que as neuroses surgem desse conflito e a marca que elas assumem “*guardam a marca do curso do desenvolvimento seguido pela libido - e pelo ego*” (FREUD, 1911, p.86). Este entendimento faz com que se possa pensar que os sintomas não podem ser destituídos de sentido, já que poderiam estar guardando relação com a marca deste curso. Noção que podemos observar, estava se mostrando desde o início da sua teoria e que é cara para a Psicanálise por ser um marcador que a diferencia das demais práticas.

Mas para entender o que entra em jogo na formação dos sintomas, apenas os fatores sexuais defendidos por Freud nessa época não foram suficientes para dar um panorama da questão. Passaremos assim para a noção dos traumas, que também se mostrava fortemente ligado às questões sexuais. E como já apontamos, esbarrou na questão das fantasias. Mas agora que já temos informações sobre o papel da sexualidade na formação dos sintomas, vamos nos ater mais às considerações sobre os traumas.

4.3 O TRAUMA: A MOEDA DO REAL E DA FANTASIA

A ideia de trauma, assim como vários conceitos na teoria de Freud, vai passar por mudanças na sua concepção ao longo dos estudos. De início, temos que considerar algumas observações que já haviam sido feitas pelo teórico que denotavam uma explicação das patologias como fruto de uma vivência traumática real.

Podemos iniciar com “A Proton Pseudos [Primeira Mentira] Histórica” (1895b) em que autor traz a ideia que as compulsões histéricas se originavam de um processo simbólico primário.

Nesse texto, Freud traz um caso em que uma moça apresentava sintomas que poderiam ser explicados a partir de um acontecimento aos 8 anos de idade em uma situação na qual ela sofreu abuso sexual. Após abordar o caso e suas peculiaridades, ele consegue mostrar que havia um funcionamento psíquico que considerava uma esfera sexual e que a respeito da vivência, tinha ocorrido um recalçamento acompanhado por uma formação simbólica. O curioso era que posteriormente a essa vivência traumática, o que era despertado na consciência não era a lembrança traumática, mas a vivência a priori, na qualidade de símbolo. O que emergia não era o elemento de interesse, mas o símbolo criado.

A força ativadora desse processo simbólico seria algum tipo de defesa por parte do ego que se valeria de determinantes psíquicos especiais. Segundo o que a experiência clínica apontava, isto ocorria quando o assunto que emergia era de natureza sexual. As observações do psicanalista indicavam a participação desses fatores sexuais, mas nesta época ainda não havia um claro entendimento sobre a ligação entre ele e os traumas. O que se acreditava era no trauma como um evento real que aconteceu com determinada força sem que houvesse uma reação a ele. A consequência era um afeto que foi sufocado quando houve a experiência; e as lembranças dessa vivências seriam traumáticas quando uma ação fora retardada.

Outra obra importante de se considerar no entendimento do trauma e na sua influência na formação dos sintomas é “Estudos sobre a histeria” de 1895.

No primeiro prefácio da obra, em 1895, Freud aponta que serão apresentados alguns casos clínicos nos quais algumas das suas observações não puderam ser incluídas por questões éticas. Mas, segundo Freud, essa parte não inclusa concernia a relacionamentos conjugais e sexuais com importância etiológica na formação dos sintomas.

Ao abrir a obra, Freud logo enfatiza que os traumas psíquicos e a sexualidade terão um papel fundamental na patogênese da histeria, a sexualidade aparece no prefácio como fonte de trauma psíquico e como motivo para o qual ocorreu uma defesa, uma repressão. Exploraremos como funcionava essa dinâmica a partir dos textos “Sobre o mecanismo dos fenômenos histéricos” (1893b) e “A psicoterapia da histeria” (1895).

Em “A psicoterapia da histeria” (1895a) Freud explica que havia uma remissão associativa a uma cena da vida da pessoa na qual o traumático se organiza formando um complexo trama, mantendo as observações que havia feito na obra anteriormente citada (1893b). Percebemos que é nos “Estudos sobre a histeria”, a histeria aparece tendo uma origem psíquica sendo uma

patologia originada de vivências traumáticas às quais as pessoas não conseguiriam reagir, formando os sintomas.

Porém, as noções trazidas nestes estudos de 1895 mudaram ao decorrer da teoria freudiana. Já se passado 13 anos, no prefácio à sua segunda edição, Freud aponta que ainda assim o texto deveria permanecer inalterado para guardar o caráter das observações daquela época. O autor, munido de outras constatações ao longo de seu estudo, afirma que não vê as descobertas realizadas sobre as histerias como um erro, mas como fatores que aproximavam a um maior conhecimento sobre os componentes que se tornariam noções básicas para o entendimento da teoria psicanalítica e do seu desenvolvimento. Importante ainda lembrar que estas publicações são anteriores à *carta 69* escrita à Fliess, e podemos percorrer o caminho que o psicanalista havia feito antes das descobertas de 1897 narradas na carta.

A noção de que o sintoma está ligado a um trauma ocasionador também aparece em *Sobre o mecanismo dos fenômenos histéricos* (1893b). Assim como na neurose traumática, a maioria dos sintomas histéricos pareciam ser causados por um afeto de pavor: o trauma psíquico. Sendo que na histeria não era raro se encontrar vários traumas parciais, causas agrupadas que somadas manifestavam um efeito traumático. De prontidão reconhecemos o caráter da sobredeterminação presente nesta obra de 1893 que já havia sido apontado nos textos em relação ao tema da sexualidade. A ideia aqui era, como se percebe, o trauma corresponderia a um acontecimento que causou sofrimento, e sobretudo um acontecimento vindo do mundo externo.

Quando a relação entre sintoma e motivo precipitador não se dava de forma clara, o que os ligava poderia ser uma conexão simbólica. Mas como lidar com esses traumas que eram sustentados por uma conexão simbólica? Uma conexão simbólica era desvelada através da fala. E não mais pela hipnose, que havia sido abandonada.

O trabalho do terapeuta seria superar a resistência à associação que desvelaria essa relação simbólica (FREUD, 1895, p.284). Era trazer de volta a cena traumática que o paciente descrevia muitas vezes como sem importância - porque sua associação com as representações patogênicas haviam sido perdidas. Se no início do texto Freud afirma que as causas determinantes da neurose deveriam ser buscadas em fatores sexuais, e as representações patogênicas das neuroses serem frutos da não reação a vivências traumáticas, podemos notar que a noção de trauma, nesta época, era de um trauma sexual. E o sintoma seria uma forma do sujeito lidar com seu trauma. Neste

primeiro tempo, essa noção de trauma corresponderia a uma vivência infantil real na qual ocorreu uma sedução de um adulto em relação à criança, sem que ela reagisse.

Esta noção foi revista por Freud - 2 anos depois - na “carta 69” ao argumentar que para continuar com sua teoria das neuroses precisava admitir que todos os pais das neuróticas eram perversos. Somado a este fator, como citamos anteriormente, é apontado asseguradamente pelo psicanalista, de que não havia indicações de realidade no ICS. Ou seja, que causaria uma neurose? Seria uma vivência traumática real ou uma fantasia criada? Se no inconsciente realidade e fantasia não apresentavam distinção, a qual representação a energia foi catexizada? A causa da neurose seria uma realidade ou uma fantasia?

Como explicar as fantasias criadas que trazem conteúdos que causam sofrimento para o sujeito? Se o inconsciente era regido apenas pelo princípio do prazer, como explicar a elaboração de uma fantasia que causa sofrimento psíquico? O que estaria para além do funcionamento que parecia ser unicamente para a obtenção de prazer ou diminuição de desprazer? Se na “carta 69” fica claro que o ICS não distingue fantasia de realidade⁷, o quanto este fator se aproxima da lógica prazer/desprazer e como o sujeito lida com estas questões e quais os mecanismos em jogo nesse funcionamento?

Assim vemos que a elucidação da função do sintoma também perpassa pela questão da fantasia depois que Freud se depara com as descobertas e observações em 1897. A questão da fantasia já começava a tomar sua importância na obra de Freud, discussão que apareceu em 1911, e que trataremos em seguida. A consideração da produção fantástica na prática clínica precisava aparecer para se pudesse entender essas ações inicialmente despropositadas e dar-lhes um sentido que as explicasse, como apontado posteriormente no “O Sentido dos Sintomas” (1917a).

4.4 A REALIDADE DA FANTASIA

Como já apontado, e repetimos dada sua importância, a discussão sobre as fantasias já iniciava na “carta 69” destinada a Fliess em 1897 quando Freud dizia que não havia indicação

⁷ Em 1926 quando tratava de algumas observações sobre a angústia, – que também se mostra partícipe na formação dos sintomas - essa discussão retorna na diferenciação entre a angústia realista e angústia neurótica. Na primeira, ela retraria a reação diante de uma situação real enquanto na segunda seria um perigo instintual, que ao ser de dar conta, trata como real. Na segunda tópica veremos que angústia é uma reação a um perigo do qual o sujeito não se avalia forte o suficiente para enfrentar sozinho. Logo, o trauma é definido na segunda tópica como uma situação de desamparo de vida.

de realidade no ICS. Apenas 2 anos depois da publicação da carta, em “Lembranças encobridoras” (1899), esta descoberta aparece como atuante na formação de cenas encobridoras. Na época, as fantasias mostravam possuir em conteúdo grosseiramente sexual que por conta da repressão, precisou se contentar em transformar-se alusivamente e de forma fantasiosa numa cena infantil, pela inocência que ela poderia oferecer e assim escapar do processo de repressão. Podemos pensar aqui no processo de simbolização que os estudos acerca do trauma trouxeram. Com a cena inocente, o caminho para a consciência seria possível. E desde que houvesse um traço mnêmico, os desejos recalcados poderiam ser então ‘realizados’. A fantasia então aparece como algo “ficcional” e como uma defesa que distorce as lembranças e cenas originais.

A importância desta obra - ao se procurar o caminho que levou Freud à noção de sintoma - reside no fato de que aqui se discute o deslizamento desses desejos para uma cena infantil de modo a transformá-los alusivamente em algo diferente do que se era, e gerar lembranças da infância que poderiam não ter ocorrido na realidade. Coisa que já intrigava Freud quando ele escreve sua carta à Fliess. Se a lembrança encobridora foi entendida como ocultadora de experiências e desejos, logicamente, a fantasia teria uma ligação estreita com esses instintos desejantes, e por consequência, poderia então fornecer evidências para o entendimento da formação dos sintomas.

Quando Freud tentava construir uma visão sobre o desenvolvimento da psicanálise, na última parte do texto “Cinco lições de psicanálise” (1910) podemos ver o autor tratando da discussão acerca das fantasias que passa a considerá-la na formação de patologias. O psicanalista afirma neste texto, que as pessoas adoecem quando não encontram satisfação na realidade, de modo que quando ela se tornava insuportável, o indivíduo se retirava para o mundo da fantasia (FREUD, 1910, p.210). É quando o indivíduo não acha satisfação das suas necessidades eróticas na realidade, que a fuga se dá pela regressão à fases anteriores da vida sexual em que uma satisfação pode ser encontrada. Ou seja, o mundo da fantasia é o mundo para qual o indivíduo se retirava para obter satisfação.

Ficava claro que o sujeito se refugiava na doença para o encontro de uma satisfação substitutiva para o que anteriormente foi negado. O sintoma aparece então como a realização substituta de um desejo e sua natureza resguardava um conteúdo sexual. Enquanto a realidade não pudesse oferecer nada melhor, os instintos sexuais não renunciariam a esta formação substitutiva que se dava pela via da involução.

A ideia de que os sintomas eram uma atividade sexual do sujeito permanecia, junto a outros fatores levados em conta na busca de entender a produção de sintoma. Não era apenas a libido que estava recebendo foco nos estudos, mas também o caminho que ela percorria quando necessitava regredir a uma fixação na busca de obtenção de prazer. Para isto se considerava, além da obtenção de prazer, a consideração da realidade e da fantasia como produtora de uma realidade.

Com tais considerações, alguns fatores passam a ser repensados, como por exemplo, a teoria da libido, as questões da neurose apontadas na carta a Fliess, etc. A fantasia - que trazia o caráter de busca pelo prazer - mostrou possuir uma relação estreita com a própria realidade, o que fazia importante refletir então sobre a dinâmica entre dois princípios de funcionamento da psique.

No texto “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico” (1911b) o autor passou a tratar das consequências da substituição do princípio do prazer pelo princípio da realidade, que nos interessa para compreender a formação de sintomas. Neste texto, mais especificamente, no terceiro tópico de discussão, ele vai apontar alguns fatores que colocam o instinto sexual em evidência nos estudos das neuroses, ressaltando o papel da sexualidade na formação dos sintomas. Mas desta vez, atendendo aos achados de que a produção de sintomas não se daria apenas a partir de uma vivência real, mas também de certas criações de fantasias. Freud defende que devemos pensar em como o ser humano se relaciona com a realidade e como se sucede a significação psicológica do mundo real. Ele afirma que o que é desejado é colocado primeiramente de modo alucinatório e encontrando uma ausência, o indivíduo abandona a alucinação e começa lidar com uma realidade.

Mas Freud afirma que nesta mudança de princípios, a fantasia permanece livre do teste de realidade, somado a isto, o fato dessa substituição de um princípio por outro não se dar de forma simultânea em todos os pontos somado com o fator que os instintos sexuais podem ser detidos em seu desenvolvimento, fazem com que esses instintos sexuais - inicialmente autoeróticos e que não se depararam com a frustração que levou ao desenvolvimento do princípio da realidade - permaneçam por muito tempo sob o domínio do princípio do prazer. Essas condições, segundo Freud, fazem com que exista uma relação estreita entre os instintos sexuais e as fantasias, e mais que isso, explicaria o fato de que a neurose era fornecida por um *“atraso em educar o instinto sexual na consideração da realidade, e também pelas condições que tornam possível esse atraso.”*

(FREUD, 1911b, p.85) como já apontado anteriormente quando explanávamos as considerações sobre os instintos sexuais nas formações dos sintomas.

Nos processos psíquicos inconscientes a prova de realidade não conta já que há uma equiparação entre realidade do pensamento e realidade externa, que não se distinguem. Como funcionariam então as camadas psíquicas? O funcionamento, que configura a primeira tópica, se dava da seguinte maneira: inicialmente, um ato psíquico pertence a um estado ICS que é separado do PCs-CS por uma censura. Para passar para o segundo estado, ele precisaria passar por esse exame de censura. Se rejeitado, ele é reprimido e permanece inconsciente; se aprovado, ele passa para a segunda fase do sistema - ou seja, o sistema PCS. Ele fazer parte deste segundo sistema não chega a determinar se ele será consciente, mas pode, a partir de certas condições, tornar-se consciente sem maior resistência. Assim, o CS coincide com o PCS e partilham das mesmas propriedades, de forma que a barreira da passagem se dá entre o ICS e PCS (FREUD, 1915). Esta barreira que se verifica nas ideias entre ICS e PCS é a repressão.

Qual seria o motivo da repressão? O impedimento do desenvolvimento de um afeto aflitivo, que estivesse em desacordo com o sujeito. Mas descobertas apontavam que no CS encontramos o que pode ser um novo registro, um substituto de uma ideia que era incômoda, de modo que pode se verificar a ideia original em outro lugar. Ou seja, uma ideia poderia existir em dois lugares, sendo que a não inibida pela censura poderia avançar sem perder seu registro, ou seu traço, ou ainda, sua característica rejeitável.

Deste modo, passava a existir no consciente um registro que era inconsciente. A separação muito demarcada entre o que era consciente e inconsciente perdia sustentação na teoria freudiana. Bem como não era possível afirmar que tudo que estivesse na consciência tinha um caráter de ‘aprovação’ do sistema.

Freud tenta delinear sua teoria de modo a utilizar as informações já obtidas para continuar explicando o funcionamento da psique. Ele indica que há elementos que apesar de serem inconscientes e não poderem se tornar conscientes, guardam em si uma alta organização, a exemplo dos sintomas que são formações substitutivas que conseguem penetrar na CS devido a uma formação de compromisso, uma união a um contrainvestimento (FREUD, 1915, p.95). O sintoma, aqui, aparece como material do inconsciente.

Mas se o trabalho analítico seria, segundo Freud, na influência do ICS sobre o CS, no caminho mostrado pela passagem dos derivados inconscientes para a consciência, o que mais

faltava a ser considerado para combater os sintomas se o percurso dele já poderia ser descoberto? O que fazia com que o sintoma fosse difícil de ser eliminado depois de tantas descobertas sobre o seu funcionamento?

A resposta pode ser pensada a partir da conferência XXIII das Conferências introdutórias sobre a Psicanálise que levou o título “*Os caminhos das formações dos sintomas*”(1917c). Nela Freud vai reafirmar algumas das definições de sintomas que apareciam desde o início da sua teoria e explicar o porquê se encontra essa dificuldade. Com esta obra podemos perceber a importância da fantasia na formação dos sintomas que precisa conciliar duas forças opostas.

A questão é que além dos sintomas causarem desprazer, eles gastam energia para sua formação e também para o seu combate, empobrecendo a energia disponível. Assim eles parecem prejudiciais como um todo, mas em contrapartida, eles representam um acerto de duas forças que se conciliam. Como isto aconteceria?

Uma dessas partes é uma libido insatisfeita que regressa para uma fase de fixação no desenvolvimento para atingir uma satisfação em uma organização superada ou em um objeto anteriormente abandonado (FREUD, 1917c, p.388). Quando estas regressões despertam oposição do Eu, instaura-se o conflito. A libido que precisou achar um novo caminho, regrediu para fixações das quais o Eu se protegeu mediante a repressão. Essas fixações permitem que a libido escape da situação de conflito e ocorre um recuo para a vida infantil. Com o retorno dessa energia, o investimento libidinal nessas vivências infantis são intensificadas. A vida infantil mostra, como sempre ocorreu na teoria, a sua importância.

Porém a libido que escapa do Eu, dele se subtrai e sai do seu controle de educação. Agora a libido se vale de investimentos do sistema ICS e fica sujeita aos processos de condensação e deslocamento, que também participam da formação dos sonhos e dos sintomas⁸. Essa libido que recebe investimento do ICS precisa considerar o ‘contrainvestimento’ que encontra como oposição e que faz com que a libido tome uma outra expressão. É com a conciliação que, segundo Freud, o sintoma surge como um conteúdo desfigurado e que leva em conta esses lados contrários. Daí a dificuldade de combater um sintoma: “*ele é sustentado por ambos os lados*” (FREUD, 1917c, p.388): uma satisfação ao lado de um sofrimento.

⁸ Segundo Freud, no caso dos sonhos a diferença se daria no fato da intenção pré-consciente visar apenas a preservação do sono.

Importante alertar para o fato dessa energia que regrediu resultar em uma satisfação limitada e irreconhecível, assim os sintomas não nos lembram o que costumamos entender por satisfação. Isto ocorre porque na maioria dos casos eles abandonam o vínculo com a realidade exterior como consequência do seu afastamento do princípio da realidade e um retorno ao princípio do prazer. O retorno a um autoerotismo e uma desconsideração da realidade exterior é o que estaria por trás, por exemplo, dos sintomas apresentarem modificações corporais (internas) em vez de modificações externas, o corpo agora é o campo de manifestação.

Os pontos nodais de sintomas, constatados por Freud neste texto (1917c), explicam-se pelo fato de que assim como os sonhos, os sintomas se valem de processos de deslocamento e condensação. Através dessas duas tendências, a satisfação que se daria de uma maneira infantil pode ser comprimida a uma sensação e inervação, enquanto o processo de deslocamento pode fazer com que desapareça toda a trama libidinal e faça aparecer somente um detalhe, um ponto nodal.

Após todas essas considerações sobre essas forças conflituosas e as sustentações das ideias em torno do sintoma⁹, Freud afirma que através da análise, foi descoberto que os sintomas às vezes são representações de vivências ‘reais’, mas também poderiam ter surgidos de fantasias. Refletindo sobre a dificuldade de lidar com estas situações, o austríaco alerta que as fantasias se não estiverem dotadas de uma realidade material, são dotadas de realidade psíquica. De forma que para lidar com a dificuldade de distinguir as realidades não deveria subestimar o papel da fantasia na formação dos sintomas tratando ambas com igual importância. Não há diferença, então, das consequências surgidas de uma fantasia ou realidade (FREUD, 1917c). O autor define a fantasia como um reino psíquico, *“uma ‘área de proteção’, subtraída ao princípio da realidade”* (FREUD, 1917c, p.402).

Em resumo, a importância de se considerar a fantasia reside no fato de que é através dela a libido encontra os caminhos para os locais de satisfação e de seus objetos ‘abandonados’ (ou derivados deles) que permanecem retidos em ideias fantasiosas. Ou seja, a libido precisa da fantasia, retorna a elas para encontrar o caminho das fixações que foram reprimidas. Mas com o retorno dessa energia, essas condições podem ser desestabilizadas, o que faz com que o conflito entre Eu e fantasias seja inevitável.

⁹ A saber: sintomas se valendo da energia libidinal, uma realização de desejo, uma repetição de uma forma infantil de satisfação, uma formação de compromisso e uma ambiguidade

“Os caminhos da formação dos sintomas”(1917c) não tem sua importância apenas na demonstração do jogo entre fantasia e sintomas, fica claro que há uma consideração de fatores que não são só os dinâmicos. Freud afirmava: “*Há muito de estranho nesse tipo de formação que o sintoma propicia*” (FREUD, 1920, p.395). No texto aparece ideias como PCS, CS e ICS ao mesmo tempo em que Freud começa a ressaltar a necessidade de se considerar fatores econômicos.

Vemos aqui um caminho do entendimento do sintoma que partiu da compreensão da sua 1ª tópica, mas diante algumas das suas descobertas, um novo entendimento foi surgindo, um entendimento econômico, a sua 2ª tópica. Se o sintoma propiciava algo de muito estranho, de sofrimento, por que era mantido? Apenas a compreensão da fantasia e dos princípios de prazer e realidade ainda não eram suficientes para explicar a dinâmica envolvida nesse elemento substitutivo que trazia sofrimento. É com início das suas reflexões em torno do que está para além do princípio do prazer que Freud elucidará melhor esta questão.

4.5 A MORTE: UM PRAZER?

Una foto está hecha de luz, pero necesitamos oscuridad para que el truco funcione. -El fotógrafo de Mauthausen

Diante das questões que tornavam a teoria meandrosa, Freud escreve “Além do princípio do prazer” em 1920. Importante para entender este texto é lembrar do contexto em que Freud se encontrava: em 1914 se inicia a 1ª Guerra Mundial e na clínica, encontra as neuroses de guerra, melancolia, casos de psicoses, etc. Em 1918 a gripe espanhola mata milhões de pessoas pelo mundo e Freud se depara com a morte da sua filha Sophie, vítima da pandemia. No mesmo ano ele publica o texto de 1920.

O que ele buscava era compreender o psiquismo a partir das suas relações com a vida e a morte. O título é autoexplicativo e nele o autor constrói o argumento de que no curso psíquico, havia algo em funcionamento além da tendência ao princípio do prazer. Um texto longo e cuidadoso para chegar na postulação: “*O princípio do prazer parece mesmo estar a serviço dos instintos de morte.*” (FREUD, p.238, 1920). Esta descoberta faz com que a noção de sintoma ganhe uma nova dimensão depois da introdução do conceito de pulsão de morte.

Até então, a Psicanálise, considerava que o princípio do prazer regia o curso dos processos psíquicos com a finalidade de obtenção de prazer ou evitação de desprazer. Porém, Freud supõe que existiriam outras tendências que poderiam se opor a este princípio e faziam com que resultados diferentes fossem obtidos, como uma experiência desprazerosa. Pelo menos duas circunstâncias de inibição do princípio do prazer são apresentadas como indicadores deste problema: a primeira se trata da substituição do princípio do prazer pelo princípio da realidade que gera uma experiência de desprazer¹⁰; e a segunda se refere ao processo de desenvolvimento do Eu rumo às organizações mais complexas, o que gera conflitos e cisões que resultam em repressões. Os conteúdos reprimidos poderiam, posteriormente, obter uma satisfação através de uma forma substitutiva, mas que pode gerar desprazer para o Eu. O que nos faz retomar a consideração de que algo que anteriormente deveria ser prazeroso para o Eu, agora aparece como incômodo, como desprazer. Assim como os sintomas, que apesar de ser uma formação substitutiva, causam sofrimento ao sujeito.

A partir das duas circunstâncias apontadas, é levantada a hipótese de que a percepção (interna ou externa) do perigo suscitava a sensação de desprazer. De modo que Freud afirma que a investigação de como se dá essa reação psíquica aos perigos externos poderia fornecer maiores informações sobre as limitações do princípio do prazer e as energias que a ele se opõe.

Freud trazia para reflexão, a questão da percepção/reação ao perigo. Algo próximo do que o autor mencionava na obra “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos” (1893b) acerca do sujeito impossibilitado de reagir tendo como consequência uma formação patológica, questão anteriormente discutida neste trabalho.

Para entender essa reação ao perigo, Freud se vale da investigação dos processos psíquicos sobre os sonhos e sobre as brincadeiras de criança. Ele apresenta a ideia de *Bemächtigungstrieb* ou “impulso de apoderamento”, no qual uma repetição, embora fosse desprazerosa tentava resguardar um papel ativo nessa ‘nova’ experiência. Mas segue o questionamento: o que estaria entrando em jogo nesses impulsos de apoderamento ou o que explicaria essas repetições de conteúdos desprazerosos¹¹?

¹⁰ Essa substituição e o efeito dessa descoberta para o entendimento dos sintomas tratamos no tópico ‘A realidade da fantasia’.

¹¹ Vemos uma mudança nas questões que circundam Freud. No primeiro momento o médico deveria informar conteúdos inconscientes para o paciente e que tornando-os conscientes, os sintomas desapareceriam. No segundo momento, a intenção era fazer com que o paciente construísse uma interpretação a partir das suas próprias lembranças e o terceiro momento entraria a questão da transferência. Nela, o doente repetia um padrão como se fosse uma vivência

Em primeiro lugar ele diz que é necessário desfazer o equívoco de que ao lidar com a resistência no tratamento, lidamos com a resistência do inconsciente. As resistências que aparecem no tratamento são manifestações do Eu. Enquanto a “*compulsão à repetição é atribuída ao reprimido inconsciente*” (FREUD, p.178, 1920).

Para entender melhor este funcionamento de repetição é iniciado uma analogia, através da embriologia, com uma *vesícula*. O objetivo era pensar como se dava a percepção de estímulos externos de modo que a adaptação a ele é o que faria surgir a consciência. Freud utilizará essa mesma analogia para definir a criação do Eu na 2ª tópica.

A intenção de Freud, com a especulação é chegar em 2 pontos que serão a base para se pensar a dinâmica a partir das pulsões: 1- uma prevalência das sensações de prazer e desprazer em relação aos estímulos externos; 2- uma conduta que surge ante as excitações internas que provocam desprazer – da qual não pode defender-se - e que possui papel nos processos patológicos: a projeção.

Estes fatores parecem obedecer a busca pelo prazer, mas ainda não explicam as forças contrárias que também estão em funcionamento. Para tentar dar conta dessa segunda parcela, Freud retoma a noção de trauma. Este passa a ser definido como excitações externas que tem força suficiente para romper a proteção de que o sistema se valia. A ideia de trauma aparece nesta segunda tópica como uma referência a uma defesa contra estímulos que não foi eficaz, um fracasso na defesa.

Ao romper esta proteção, o trauma gera uma perturbação no gerenciamento da energia do organismo e os mecanismos de defesa entram em ação. Com a criação de um contrainvestimento, os outros sistemas psíquicos são empobrecidos a ponto de reduzir seu funcionamento ou paralisá-lo. O que faz com que a energia que anteriormente encontrava-se pressionando por descarga, torne-se energia parada, ou ligada (FREUD, p.192, 1920). A questão é parece haver uma diferença no resultado dessa chegada de estímulos quando um sistema se encontra preparado ou não preparado para recebê-la.

Freud utiliza o susto e a angústia para pensar essa questão e começar a responder sobre o outro lado que o princípio do prazer não dá conta de explicar. Se o susto implica em uma despreparação, a angústia é pensada como um investimento dos sistemas que primeiro recebem

nova, repetição que se dava na própria transferência. A questão do sintoma ser uma formação substitutiva de uma força libidinal havia se firmado depois da inclusão da transferência nos estudos (FREUD, p.589, 1917d). Disto, não restavam dúvidas, a questão, agora, era o que mantinha os sintomas.

os estímulos como uma preparação para o que está por vir. Então, a angústia passa a ser vista por Freud, através desse sobreinvestimento, como “*a última linha de barreira contra estímulos*” (FREUD, p.195, 1920).

Vemos assim a mudança de percepção de que nem tudo era governado pelo princípio do prazer, e como objeto, a formação dos sonhos é levada em conta nessa mudança de pensamento. Freud menciona os sonhos dos neuróticos e afirma que eles não servem estritamente à realização de um desejo como pensado anteriormente. O teórico supõe que eles buscam lidar com o estímulo/acontecimento retrospectivamente, para que desta vez ocorra o desenvolvimento da angústia e esta última barreira de proteção apareça, já que sua ausência estaria ligada com a causa da patologia. Assim a função dos sonhos não estaria somente na realização de desejos e obtenção de prazer, existiria também a compulsão à repetição.

Que os instintos são as principais fontes dessas impressões e a compulsão à repetição parece buscar seu maior controle já não restava dúvidas, mas Freud começava a questionar como eles se relacionam. Para isto ele define uma característica geral dos instintos: a tendência à restauração do organismo a um estado anterior. Tendência que o organismo precisou abandonar por conta das influências externas que se mostravam perturbadoras. São dados exemplos que podem ser encontrados no reino animal que apontam que esses instintos são historicamente condicionados, o que também evidencia uma compulsão orgânica por repetir.

Esse caráter conservador dos impulsos encontra forças contrárias que buscam outras formas de desenvolvimento para o organismo e obtenção de progressos. Estes instintos acolhem mudanças que os estímulos externos os impõem e as preservam na repetição, de modo que parecem responsáveis pelo desenvolvimento e progresso, quando tentam alcançar a restauração por modos diferentes, por ‘rodeios’, sendo a *compulsão à repetição* parte deles. Assim, vemos que a compulsão à repetição responde à característica geral dos instintos: o restabelecimento a algo anterior.

Freud consegue fechar seu raciocínio do enigma de existirem 2 tendências que pareciam ser absolutamente contrárias, mas que obedecem à característica geral dos instintos: “*O que daí resta é que o organismo pretende morrer apenas a seu modo, tais guardiões da vida, também foram, guarda-costas da morte*” (FREUD, 1920, p.206).

Vemos, por exemplo, uma contínua tensão, pois os instintos reprimidos não desistem de lutar por sua completa satisfação, repetindo assim, as vivências primárias de satisfação. Mas este

caminho para trás encontra resistência e o que resta é continuar o caminho em direção ao desenvolvimento sem perspectiva de que esse processo se encerre.

Por fim, Freud inicia a discussão da libido do Eu e a mudança que esta descoberta trouxe para a teoria: na primeira tópica, a divisão se dava entre instintos sexuais (cuja expressão é a libido) voltados para os objetos e instintos do Eu que representavam todo o resto. Porém, ao analisar que o Eu poderia ser tomado como objeto, entende-se que uma parte desse Eu tinha características libidinais de forma que coincidiam com os instintos de autoconversação narcísicos. Então era insustentável continuar separando os instintos do eu dos instintos sexuais passando a considerar instintos do eu e instintos dos objetos. Mas como ambos eram de natureza libidinal foram reunidos em instintos libidinais e outros - que corresponderiam os instintos de destruição, ou seja, de morte. E desta forma se deu a passagem na qual a pulsão de morte passou a ser considerada. Isto só foi possível depois da reflexão sobre a teoria da libido e a oposição estabeleceu-se em: instintos de vida e instintos de morte; ambos respondendo à restauração a um estado inorgânico, ou seja, respondiam à pulsão de morte.

Freud pode afirmar que o princípio do prazer é uma tendência que atende à uma função: “*retornar à quietude do mundo inorgânico*” (FREUD, p.237, 1920). Os instintos de vida, mais ligados às nossas percepções internas, segundo o autor, se apresentam perturbando uma paz que ao ser eliminada, gera sensação de prazer. Assim vemos que o princípio do prazer quer retomar uma quietude, retornar a uma condição que a compulsão à repetição também objetiva.

Este pensamento nos leva para uma importante consideração que reflete diretamente nas considerações sobre os sintomas. Se essa tensão que permanece de forma contínua não é resolvida ou ao menos suprimida pelas formações substitutivas, os sintomas não são exatamente uma formação de compromisso que resolva a questão em uma integralidade. Ou seja, o sintoma, não era suficiente para resolver um conflito que foi instaurado. As formulações da primeira tópica sobre o sintoma não são derrubadas, mas seu entendimento começa a ser aperfeiçoado diante das novas descobertas.

O texto “Além do princípio do prazer” (1920) que traz as ideias de compulsão à repetição, retorno do mesmo e pulsão de morte e reformula outras. Por exemplo ao alertar para a libido narcísica, traz também uma necessidade de repensar as características do Eu. Uma das consequências destas reformulações é uma mudança no entendimento do sintoma para entender sua ligação como o próprio Eu. Se anteriormente o objetivo da análise era reconduzir o conflito que

originou o sintoma a um novo desfecho liberando a libido e colocando-a novamente à disposição do Eu, o que se observava era que ainda assim algo se opunha a uma cura e a esse novo desfecho. Freud começa então a estudar mais aspectos da formação do Eu, que culminará na noção de angústia.

4.6. A ANGÚSTIA PROTETORA

Ao constatar que parte do Eu é inconsciente e se comporta de forma semelhante ao que foi reprimido, houve uma reformulação na teoria do dinamismo psíquico mas o conceito de um Eu com qualidades inconscientes não anula o que tinha sido construído na 1ª tópica. Em “O Eu e o Id (1923)”, o Eu aparece como: a) parte coerente que liga-se à consciência e que domina a “descarga de excitações no mundo externo”; b) responsável pelas repressões que coloca de lado o que se contrapõe a ele; c) controle todos os processos parciais, etc. (FREUD, 1923, p.14). O que Freud traz de diferente é que o sujeito, às vezes, encontra algumas dificuldades quando se engaja em uma análise - como por exemplo, a falha nas associações quando está se apromixando do material reprimido - mesmo em processo de tratamento. Ou seja, o Eu está sob o domínio de uma resistência, ele apenas não cria resistências para reprimir ideias que lhe causem desconforto, ele também é dominado por uma resistência, mas não possui conhecimento disto. A diferença entre PCS e CS definida na 1ª tópica não se sustentava para os sentimentos, que não precisam de elos com representações verbais para se tornar conscientes. Ou seja, era possível um sentimento inconsciente, como mais tarde veremos o sentimento de culpa inconsciente, que mostrará ter uma grande consequência e participação nos sintomas das patologias.

Para explicar como parte do Eu poderia ser inconsciente, Freud continua estabelecendo como se dá seu surgimento. Para tal, ele considera a formação do Eu como análoga a ideia de nascimento da consciência que ele havia construído com a ideia de vesícula no texto de 1920. A descoberta é que o Eu e o Isso confluem juntos, encontram-se um em direção ao outro. E o que está reprimido é separado do Eu pelas resistências da repressão, mas o reprimido conflui com o Isso, o que faz com que foi reprimido ainda tenha um canal de comunicação com o Eu.

Na construção do Eu, também é levado em conta o Complexo de Édipo que irá produzir identificações iniciais neste Eu. A partir da necessidade de reprimir os desejos eróticos do Complexo de Édipo, o Eu toma forças dos pais, da sua identificação com a figura de poder, e a

consequência é que o Super-Eu conservará este caráter da figura de autoridade e se colocará como obedecedor da moral:

O Super-Eu conservará o caráter do pai, e quanto mais forte foi o complexo de Édipo, tanto mais rapidamente (sob a influência de autoridade, ensino religioso, escola, leituras) ocorreu sua repressão, tanto mais severamente o Super-Eu terá domínio sobre o Eu como consciência moral, talvez como inconsciente sentimento de culpa (FREUD, 1923, p.32).

Mas de onde viria este sentimento de culpa? Freud ressalta que 2 fatores no estabelecimento do Super-Eu explicam a subserviência do Eu: 1- um desamparo e dependência infantil; 2- o complexo de Édipo e a interrupção do desenvolvimento da libido que resulta no período de latência.

O sentimento de culpa estabelecido pelo SuperEu só poderia ser inconsciente já que essa instância da moral tem uma íntima ligação com o complexo de Édipo. Este fator moral traz uma nova perspectiva nos estudos sobre a compreensão dos sintomas. Anteriormente o sintoma era entendido como um substituto da energia libidinal em busca da obtenção de prazer. Com os estudos sobre as pulsões - sobretudo a pulsão de morte - e a descoberta que parte do Eu é inconsciente, vem a compreensão que tal sentimento de culpa encontra uma satisfação no castigo de sofrer. Entretanto, essa satisfação permanece silenciosa para o sujeito que passa a resistir à cura.

Seguindo na reflexão de como essa energia se volta contra o Eu, em 1924 Freud publica o texto “O problema econômico do masoquismo” (1924) no qual ele apresenta 3 formas de masoquismo: erógeno, feminino e moral. É com o masoquismo moral que a relação com a sexualidade é atenuada e as coisas se tornam mais complexas. Nos masoquismos erógeno e feminino, a condição de sofrimento deve vir do externo e ser tolerada pelo sujeito. Já no masoquismo moral, o próprio sofrimento passa a ser o núcleo do interesse, não importa quem o infringe. Nele observamos que de fato, o instinto de destruição é colocado para dentro, se volta contra a própria pessoa.

Freud também alertava em “O Eu e o Id” (1923) sobre a reação terapêutica negativa e uma resistência a uma melhora no tratamento que encontrava satisfação no sentimento de culpa inconsciente que não renunciava um estado patológico. Aqui podemos observar que o sintoma passa a ser visto sob outra perspectiva. Agora nos deparamos com o conhecimento de que eles são valiosos para uma tendência masoquista desse sentimento de culpa do qual o Eu não possui conhecimento. O sujeito não tem conhecimento dos seus sentimentos de culpa inconscientes e a eles se apegam. Freud resgata ainda as discussões realizadas no texto de 1923 sobre a formação do

Super-Eu e seu papel de consciência moral. O Super-Eu passa a ser severo com o Eu, que reage com sentimento de angústia quando sente que não atendeu às exigências do seu amo. Porém o sadismo promovido pelo Super-Eu se torna cruel enquanto o masoquismo do Eu se mostra oculto para o sujeito, o que leva o psicanalista a aproximar o sentimento de culpa inconsciente de uma necessidade de castigo:

A inconsciência do masoquismo moral nos leva naturalmente a uma pista. Podemos traduzir a expressão ‘sentimento de culpa inconsciente’ como necessidade de castigo nas mãos de um poder parental [...] com o masoquismo moral, a moralidade é novamente sexualizada, o complexo de Édipo é revitalizado, abre-se o caminho para regredir da moralidade ao complexo de Édipo. (FREUD, 1924, p.177)

As questões relativas à angústia já começam a aparecer na teoria quando Freud escreve o texto “Inibição, sintoma e angústia” (1926a). Nele Freud irá articular os conceitos de sintoma e angústia com o objetivo de entender o elo entre repetições e o papel da pulsão de morte nos sintomas, ou seja, como o sujeito lida essa pulsão, sua vontade de morrer, a morte, etc. Além de entender qual era a função da angústia nesse funcionamento.

Freud chegou à constatação que várias inibições são renúncias às funções do Eu porque realizar tais funções poderia produzir angústia. Sendo assim, o desenvolvimento da angústia seria um dos mecanismos que geraria uma perturbação na função no Eu.

Ele retorna às funções e às características dos sintomas já definidas em sua primeira tópica, as sustenta e as define como definições de sintomas inatacáveis. Lembra que os sintomas são indícios e substitutos de uma satisfação instintual que não ocorreu e portando são resultados de um processo de repressão promovido pelo Eu. Que ao sentir que havia uma ideia portadora de um impulso desagradável que deveria ser mantida fora da consciência, as reprimia. Estas afirmativas eram incontestáveis, mas alguns pontos ainda receberam a atenção do psicanalista.

Partindo desta base, na 2ª tópica o Eu é definido por Freud como sede da angústia, e como portador da possibilidade de produzi-la. Através da emissão de um sinal de desconforto, ele se valeria do princípio do prazer e da sua busca pela obtenção de descarga para poder refrear os instintos do Isso. Se a angústia, como um estado afetivo, deveria ser um precipitado de uma vivência traumática, o Eu emitiria um sinal para que processos defensivos fossem desenvolvidos para novamente lidar com uma situação desta natureza. Mas qual seria a situação primeira do desenvolvimento de angústia? Freud supõe que poderíamos encontrá-la em sua primeira

expressão no ato do nascimento, e com isto ele começa a refletir sobre situações separação/perda/desamparo.

O autor mostra ainda que os instintos reprimidos passam a ser organização do Eu, atuando nos sintomas que passa a agir como um corpo estranho que se incrustou. Sendo a luta contra o sintoma o que substituirá a luta contra o instinto que deparou com a repressão. Presente no Eu, e não podendo ser eliminado, agora a tentativa do Eu é tirar vantagens de tal situação, ganhar algo através dos próprios sintomas. Essa vantagem é possível adaptando o pedaço alheio, o sintoma, à sua estrutura. O sintoma passa então a ser representante de interesses do Eu, que o reafirma, e o torna imprescindível. Os sintomas ganham novas significações nesta segunda tópica: além da necessidade de satisfação e de irrupção do reprimido nas organizações do Eu, eles aparecem como necessidade de castigo. Daí que Freud, munido de novas perspectivas sobre os sintomas, afirma:

Pode-se exagerar o significado dessa adaptação secundária ao sintoma, dizendo que o Eu o adquire apenas para gozar de suas vantagens [...] Outras configurações de sintomas – a da neurose obsessiva e da paranoia – tornam-se bastante valiosas para o Eu, não porque lhe proporcionem vantagens, mas porque lhe trazem uma satisfação narcísica que não obteria de outra forma. (FREUD, 1924, p.30)

O problema é que com essa adaptação secundária, o transtorno e os sintomas fazem com que o Eu emita novamente um sinal de desprazer e realize processos de defesa sem que fosse necessário. A questão do sinal de angústia retorna, sendo que o resultado de todo esse processo, segundo Freud, evidencia cada vez mais um fracasso do Eu em relação à defesa inicial e seu caráter restrito em precisar buscar satisfações nos seus sintomas. Enquanto isto, sente culpa por conta da influência do Super-Eu que não aceita essa postura e se comporta como se não tivesse ocorrido a repressão.

O que mais entraria no jogo em um processo de repressão e sintomas? Há técnicas que entram em ação quando a repressão encontra dificuldades, dentre elas, o isolamento e a outra é a *anulação*, a qual mais nos interessa dos estudos dos sintomas. Nela o que se observa é anulação do acontecido, uma tentativa de tornar a vivência traumática não acontecida. Formação dos sintomas então mostraria um caráter de compulsão à repetição, uma tentativa de repetir de outra maneira o que não aconteceu conforme o desejo buscava.

Quando o Eu percebe o perigo, inibe o investimento do Isso através de um sinal de angústia para que seja sentido desprazer. A patologia se desenvolve depois que uma intensa angústia é sentida pelo Eu, o que faz Freud supor que isto se presta como uma defesa. Percebemos que os

sintomas passam a ser vistos como mecanismo de defesa para evitar que a angústia se desenvolva, eles subtraem o Eu da situação de perigo que a angústia sinalizou.

O perigo temido pelo Eu - que conhece o complexo de castração - encontra um análogo que Freud expõe: o medo da morte, ou de ser abandonado pelo seu ideal, pelo seu protetor. Teme ficar desprotegido diante dos perigos. A ideia de angústia definida como uma “*reação afetiva do Eu ao perigo*” (FREUD, 1926a, p.66) é vista como uma reação diante de uma situação de separação, ou de perda. O Eu teme a perda do amor do SuperEu.

Assim, toda inibição que o Eu sofre, pode ser entendida como um sintoma. De forma que impedir a formação dos sintomas, é dar aval ao aparecimento do perigo ao que o Eu tenta se proteger através do sentimento de angústia, e assim, evitação de desamparo. Tal entendimento se fez possível apenas pelos esclarecimentos do funcionamento do Eu que se liga ao princípio do prazer. É através do sinal de desprazer, gerado pelo Eu, que pode ocorrer um refreamento de um instinto ameaçador do Isso.

O processo defensivo é tratado como sinônimo de formação substitutiva, o que mostra Freud sustentando essa definição de sintoma que aparece desde a sua 1ª tópica. A questão que aparece é que essas reações ao perigo mostram um caráter duradouro e as suas condições, nas patologias, não parecem ser abandonadas a medida que o desenvolvimento do sujeito ocorre. O problema não seria o mecanismo de defesa para o sujeito, mas o mantimento desse mecanismo mesmo quando não havia necessidade de acioná-los.

Em “A questão da análise leiga – Conversações com uma pessoa imparcial” (1926b) Freud retoma a criação dos sintomas relembrando que o Eu está se servindo do princípio do prazer para lidar com as situações de perigo. Mas estando o impulso instintual reprimido e isolado, fica independente da organização do Eu apesar de produzir derivados psíquicos que posteriormente irrompe nele sob a forma de um substituto irreconhecível (FREUD, 1926b, p.198). O sintoma, mais uma vez, e concordando com a primeira tópica freudiana, é descrito como um substituto.

O que estaria ainda por trás dessas lutas deste substituto? As pulsões de vida e morte. Nestas, encontraríamos a explicação de um sentimento de culpa e necessidade de punição que evidenciam que os fenômenos mentais, incluindo a formação dos sintomas, não são regidos apenas pelo princípio do prazer e devem ser levadas em conta no tratamento.

5 CONCLUSÕES

A Psicanálise se diferencia das demais práticas desde o início da sua teoria. Ela tem um entendimento dos sintomas que levam em conta a história de vida do sujeito. Quando Freud faz uma passagem de um referencial de modelo biológico vitalista de Fernand para o mortalista de Bichat (BIRMAN, 1999), as compreensões dos sintomas não ficaram à parte das descobertas. Isto produziu uma forma diferente de perceber os sintomas, e consequentemente, uma diferente forma de lidar.

Os sintomas não são apenas uma classe de questões subjetivas que são descartáveis por não serem ‘objetivos e verificáveis (DALGALARRONDO, 2008), tampouco tem seu valor minimizado diante de aspectos biológicos, como defendido nos manuais de Psicopatologia e Psiquiatria.

Na Psicanálise os sintomas não são utilizados para um projeto normatizador. Os sintomas são entendidos enquanto uma elaboração, contam a história do sujeito, demonstram a dinâmica psíquica que estão produzindo-os. Pela suscetibilidade que a primeira infância possui aos traumas, os sintomas guardam componentes da história infantil do sujeito. Eles são entendidos como símbolos mnêmicos de vivências traumáticas as quais não foi possível reagir. Estas vivências, por sua vez, geralmente estão ligadas ao tema da sexualidade e suas lembranças encontram oposição para serem acessadas, fazendo surgir, no seu lugar, sintomas.

Os sintomas denotam um sinal de conflito, pois guardam ligações com ideias que anteriormente foram reprimidas e agora retornam de forma patológica. Importante também ressaltar que eles se ligam a uma cadeia de representação e não apenas a uma única ideia, o que indica o seu caráter de sobredeterminação. Possuir tal entendimento dos sintomas determinados por inúmeras causas, nos permite entender as questões dos sujeitos de maneira complexa e não as negligenciarmos, tratando de forma simples o que assim não é.

Ao indicar um conflito, entende-se que os sintomas surgem como uma formação substitutiva para a conciliação destas tendências opostas, que geralmente são atividades de energias sexuais e forças repressivas, como indicado na 1ª tópica freudiana. Mas a estreita relação entre os sintomas e estas energias libidinais faz com que a formação dos sintomas encontre também os pontos de fixação da libido, o que exige que levemos em conta mais aspectos além dos sexuais.

Os sintomas são uma forma do sujeito lidar com seu trauma, uma produção inconsciente que aparece desfigurada por conta dos processos de deslocamento e condensação participarem da sua formação. Eles proporcionam algum tipo de satisfação para o sujeito, mas por conta desta desfiguração, são conciliações e substitutos irreconhecíveis do que deveria gerar prazer e agora gera desprazer e, portanto, ainda causam problemas.

Se mostram valiosos para uma tendência masoquista e o Eu tenta retirar vantagens. Os sintomas são uma forma de satisfação diante de um sentimento de culpa inconsciente, uma expressão da necessidade de castigo, mas também são mecanismos de defesa diante de uma situação de perigo, sendo ainda expressão das inibições do Eu para o retirar destas situações. É importante ressaltar que todas estas descobertas são complementares. Segundo Freud, os últimos achados não invalidam os primeiros.

Percebe-se que com as inibições agindo no Eu, com seus sintomas por vezes incapacitantes, por uma tentativa de defesa do aparelho psíquico, são criadas realidades da qual a nossa sociedade ainda não sabe lidar. E em nome de uma *ordem/cuidado* – assim como no século XIX – estas pessoas ainda encontram um tratamento que desconsidera as lutas e entraves do Eu e a história que o sujeito carrega.

A prática psicanalítica foi criada para pensar um outro tipo de relação com os fenômenos que resistem. Retirar sintomas como se eles não comunicassem nada, é privar o sujeito de algo que o estrutura numa condição de vazio e angústia. Ao mesmo tempo que o sintoma indica um conflito, é um conflito estruturante para o sujeito, um retorno a um ponto anterior em busca de alguma satisfação. A prática da psicanálise não deve ser uma busca aos processos defensivos para destruí-los.

Se consideramos os sintomas como algo que resiste, podemos defender que ele é uma resistência à própria morte, e assim, tem um caráter de potência para vida se nos dispusermos a entendê-los na sua complexidade constitutiva. Caminhar no debate sobre resistências e cura, é caminhar em uma linha tênue onde a resistência pode ser a própria possibilidade de emergência de uma subjetividade que estabelecerá novas formas de existir que possam não ser mais uma existência que se repete na dor. Analisar o que de fato são esses sintomas, é questionar o que entendemos desse fenômeno por vezes apenas descrito como ‘questões subjetivas’ e repensarmos as práticas que vamos assumir para lidar com eles. Como defende Quinet (1991), o

sintoma deve passar do estatuto de resposta para o estatuto de questão para que o sujeito se implique em decifrá-lo. Para que o sujeito dê sentido aos seus conflitos.

O método analítico possui limitações, que no limite, revelam e sustentam uma ilogicidade numa busca pela cura. Se o resultado depende da luta dos agentes psíquicos devemos considerar também que novos conflitos podem surgir a partir das vivências que serão experimentadas e desafios que surgirão ao longo da vida, e que podem impor novos entraves ao Eu. Pois, seres humanos guardam consigo toda uma complexidade diante da vida e das reações a ela.

Devemos promover uma escuta que não atenda uma lógica de avaliação diagnóstica como um caminho a ser atingido de forma imediatista. Não funcionar nesta lógica é promover uma desmedicalização que nos possibilita fugir de soluções estereotipadas e permitir a emergência de novas formas de subjetividade. Uma alternativa a um modelo sintomatológico psiquiátrico que reduz possibilidades de tratamentos e desconsidera a complexidade em volta do sofrimento psíquico.

A Psicanálise se diferencia como possibilidade de resistir a poderes que atendem a uma lógica manicomial por não tomar a normalidade como uma adaptação à sociedade, enquanto o discurso psiquiátrico busca curar o sujeito através da redução dos desajustes para integrá-lo novamente. No final da sua obra, Freud vê que as pessoas têm direito de resistir às ordens estabelecidas, que deveriam ter o direito de se opor a estas ordens, que sabemos que são estabelecidas nesses convívios sociais. Sendo os próprios sintomas uma expressão de resistência, uma elaboração de experiências vividas.

O trabalho analítico deve ser estratégico para que se promovam rupturas nas formas hegemônicas de subjetividades para que outras formas possam existir. Entender os sintomas como uma elaboração do sujeito, se mostra como uma possibilidade de abertura em uma lógica que as questões subjetivas do sujeito não despertam interesse nos cuidados de saúde. Deve-se dar espaço para a experiência da elaboração, sem que o objetivo seja ceifá-la. Permitir que o sujeito tenha outra alternativa do que a de sujeição a uma lógica vigente. Se não existe uma transformação subjetiva sem uma transgressão moral, não podemos esperar mudanças subjetivas sem rupturas com certas racionalidades e subversão desta moral. Quando lidamos com o sofrimento, tratá-lo é secundário. Se comportar de forma a ser um curante profissional só tende a atrapalhar o próprio processo terapêutico.

6 PERSPECTIVAS DE FUTUROS TRABALHOS

A pesquisa percorreu o caminho que o próprio Freud desenvolveu ao longo da sua teoria. No grupo de estudos criado a partir da presente pesquisa, estávamos realizando este mesmo percurso com o objetivo de produzir um conhecimento sobre a Psicanálise que aprofundasse questões levantadas nas disciplinas da mesma matriz na graduação. Defendemos que é interessante a continuação do grupo para que sejam possíveis diálogos sobre formas de apreender questões contemporâneas através de um debate que utilize textos clássicos do nosso campo, bem como o estudo da teoria psicanalítica. Visa-se também a publicação dos achados da presente pesquisa que contribuem com um maior entendimento sobre os sintomas e suas definições na segunda tópica freudiana.

No estudo dos sintomas podemos observar algumas viradas teóricas. Uma que é bastante identificada pela literatura é em 1920. Mas outro momento de importância e que merece igual atenção é a descoberta de Freud que a angústia aparece atrelada à formação dos sintomas como um sinal para que o Eu possa se proteger de uma situação desprazerosa ou de perigo. A presente pesquisa motiva, então, a continuação de estudos que explorem a função do sintoma no seu caráter de resistência. Entender o sintoma como elaboração do sujeito é vê-lo como uma resistência diante de classificações que dessubjetivam uma demanda para objetivar um corpo, e assim, poder medicalizá-lo, desconsiderando aspectos inconscientes.

Por fim, a importância da pesquisa para a formação na graduação se faz também pela produção de subsídios teóricos para uma futura prática de escuta do sofrimento mental que problematize com um olhar crítico os saberes médico, psiquiátrico e psicoterapêutico. Motiva uma formação que não deve ser pautada pela busca incessante por uma cura, pois há um posicionamento ético regulado pela postura de abstinência. Ocupar um lugar de experimentação ético-política de *despreocupação* com diagnósticos que visam a atender projetos normatizadores.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BESSET, Vera Lopes et al. Trauma e sintoma: da generalização à singularidade. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, v. 6, n. 2, p. 311-331, 2006.
- BIRMAN, J. (1999). A dádiva e o outro: sobre o conceito de desamparo no discurso freudiano. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 9, 9-30.
- BOLSSON, J. Z.; da CRUZ BENETTI, S. P. (2016). As manifestações de angústia e o sintoma na infância: considerações psicanalíticas. **Revista Subjetividades**, 11(2), 555-589.
- CALZAVARA, M. G. P. (2013). Anna Freud e Melanie Klein: o sintoma como adaptação ou solução?. **Tempo psicanalítico**, 45(2), 323-338.
- CANAVÊZ, F.; HERZOG, R. (2007). A singularidade do sintoma: por uma crítica psicanalítica à idéia de origem. **Psicologia Clínica**, 19(1), 109-124.
- CLAVREUL, J., 1983. **A Ordem Médica**, S. Paulo, Brasiliense.
- CURI, D.; DIAS, M. D. G. L. V. (2014). O corpo como suporte para a inscrição do sintoma. **Revista Subjetividades**, 14(3), 463-474.
- DALGALARRONDO P. (2008). **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles, 1939 -; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- LINDENMEYER, Cristina. O corpo entre sintoma e cultura. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 18, n. 3, 2015.
- MASSON, J. M. (1986) **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904**. Editado por Jeffrey Moussaieff Masson; Trad. de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago.
- NEVES, T. I., Lopes, A. M.; MORAES, T. C. B. (2013). Reintroduzindo o sintoma: a psicanálise como obstáculo à cientificização do tratamento psíquico. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 13(1), 237-253.
- QUINET, A. (1991). **As 4+ 1 condições da análise**. Zahar.
- SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Artmed Editora, 2016.
- TENÓRIO, F. (2000). Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. **Cadernos IPUB**, 6(17), 79-91.

VANIER, A. (2002). O sintoma social. **Ágora: estudos em teoria psicanalítica**, 5(2), 205- 217.

VENTURINI, S. (2007). O sintoma e os impasses na análise. **Psychê**, 11(20), 165-182.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica (1895), vol I. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Estudos sobre a Histeria (1893a-1895), vol. II. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos (1893b), vol II. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. A psicoterapia da histeria (1895a), vol. II. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. A Proton Pseudos [Primeira Mentira] Histerica (1895b), vol. II. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. O mecanismo psíquico do esquecimento (1898), vol. III. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Lembranças encobridoras (1899), vol. III. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade (1905a), vol VI. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. Tratamento psíquico ou anímico (1905b), vol. VII. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Sobre a psicoterapia (1905c[1904]), vol. III. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Cinco lições de psicanálise (1910), vol IX. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010

FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides) (1911a), vol. XII **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. (1911b), vol. X. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar. (1914): Conversações com uma pessoa imparcial, vol. XII. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Observações sobre o amor transferencial. (1914b): Conversações com uma pessoa imparcial, vol. XII. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Contribuição à história do movimento psicanalítico. (1914c), vol. XI. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. O inconsciente (1915), vol. XII. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre a Psicanálise: Conferência XVII – O sentido dos sintomas (1917a), vol. XIII. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre a Psicanálise: Conferência XVIII - A fixação do trauma, o inconsciente (1917b), vol XIII. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre a Psicanálise: Conferência XXIII – Os caminhos da formação dos sintomas (1917c), vol XIII. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre a Psicanálise: Conferência XXVII - A transferência (1917d), vol XIII. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920), vol XIV. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. O Eu e o Id (1923), vol XVI. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. O problema econômico do masoquismo (1924), vol XVI. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. Inibição, sintoma e Angústia (1926a), vol XVII. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. A questão da análise leiga (1926b): Conversações com uma pessoa imparcial, vol. XX. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

8. OUTRAS ATIVIDADES

No mês de setembro foi finalizada a participação no projeto de extensão InterPsi. O evento destaque nessa trajetória foi o *“Saúde Mental na Universidade: O presente que se ignora vale o futuro?”* que possibilitou algumas impressões que podem ser consideradas atreladas ao tema principal deste presente projeto de pesquisa. Pois este tema pode ser considerado como sintoma de um sistema que apresenta peculiaridades que produzem sofrimento. Como consequência, recebemos um convite para participar na abertura do *“VII Encontro de Pesquisadores Iniciantes das Humanidades, em busca da reflexão dos impactos de ser pesquisador (a) na área de ciências humanas”*. Na ocasião foi possível, juntamente com o orientador deste projeto de pesquisa - que havia palestrado no evento de saúde mental referido acima refletir problemas institucionais a partir de um entendimento social à luz da Psicanálise.

Houve também a presença como ouvinte no evento *“Simpósio Promob UFS/UFPB/PUC Campinas 2018 – ‘Interfaces entre a Psicologia Social e da Saúde’*. No âmbito do mesmo edital que contempla a presente pesquisa (Capes/Fapitec/SE Nº10/2016).

No dia 13 de junho de 2019, realizamos o evento *“O direito à resistência: quando a cura precisa ser questionada”* das 14h às 18h, com carga horária de 4h. Coordenado pelas pesquisas *“O dispositivo psicanalítico e a escuta das transidentidades”* e *“Psicanálise, ciência e cultura contemporânea”*, o objetivo era repensar as práticas em saúde que tem se baseado na dinâmica diagnóstico/tratamento como um percurso para a cura. Questionando a própria ‘cura’, falamos em como a resistência no tratamento não deveria ser entendida como empecilho a um suposto *“restabelecimento da saúde mental”*, mas como um elemento a ser considerado e compreendido enquanto negociação do próprio sujeito consigo mesmo - entre sua liberdade de escolhas e a submissão a uma intervenção externa a si. Contamos com a presença dos profissionais da área da saúde MSc. Psic. Dirceu dos Santos Betti e Psic.Larissa Leite; e dos professores Prof. Dr. Alexander Jabert (DPS – UFS), Prof^a. Dr^a. Sandra Raquel Oliveira (DPS – UFS) e Prof. Dr. Daniel Coelho (DPS – UFS) – professor orientador da presente pesquisa. Atingimos um público de 142 pessoas de diferentes instituições de ensino superior do estado.